

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Karakteristik Subjek Penelitian dan Responden**

Responden penelitian merupakan subjek penelitian atau dalam penelitian kualitatif lebih sering disebut dengan istilah subjek penelitian. Subjek merupakan sumber data tentang objek yang diteliti. Penelitian ini difokuskan pada 9 indikator yang dipilih oleh pihak manajemen rumah sakit untuk dinilai dalam akreditasi rumah sakit.

Data dikumpulkan dari subjek penelitian dengan cara wawancara. Data yang dikumpulkan dari responden didapat dengan cara memberi angket kepada responden. Adapun subjek penelitian terdiri dari 4 orang dari unit yang berbeda-beda dan untuk mendapatkan keterangan tentang indikator yang berbeda sebagaimana tampak pada Tabel 3.

**Tabel 3. Karakteristik Subjek Penelitian**

<b>No.</b>	<b>Subjek penelitian</b>	<b>Unit Kerja</b>	<b>Sumber Data pada Indikator</b>
1	JS	Supervisor Farmasi	Ketersediaan peralatan dan ketersediaan obat
2	SS	Supervisor Rekam Medik	Demografi pasien dan diagnosis klinik
3	EL	Ketua Tim Keselamatan Pasien	Manajemen risiko/insiden keselamatan pasien
4	MD	Manajer Admin dan Keuangan	Manajemen keuangan
5	S.SP	Supervisor Radiologi	Manajemen penggunaan sumber daya

Responden dibutuhkan untuk mendapatkan data tentang indikator kepuasan pasien, indikator kepuasan staf dan kepatuhan menggunakan APD. Adapun rincian responden untuk mendapatkan data kepuasan pasien ditampilkan pada Tabel 4.

**Tabel 4. Responden Kepuasan Pasien**

<b>Nama bangsal</b>	<b>Jumlah responden</b>
Bangsal 1	31 orang
Bangsal 2	30 orang

Bangsal 3	31 orang
Bangsal 4	30 orang
Bangsal 5	31 orang
Bangsal 6	31 orang
<b>Jumlah</b>	<b>184 orang</b>

Adapun rincian responden untuk mendapatkan data tentang kepuasan staf ditampilkan pada Tabel 5.

Tabel 5. Responden Kepuasan Staf

<b>NO</b>	<b>Unit kerja responden</b>	<b>Jumlah responden</b>
1	Bangsal 1	11
2	Bangsal 2	13
3	Bangsal 3	13
4	Bangsal 4	10
5	Bangsal 5	10
6	Bangsal 6	9
7	Bina Ruhani	3
8	Cssd	2
9	Elektromedik	2
10	Farmasi	9
11	Fisioterapi	2
12	Gizi	7
13	Hemodialisa	5
14	Icu	9
15	Igd	11
16	Kamar Bedah	1
17	Laboratorium	3
18	Linen Dan Laundry	7
19	Pemeliharaan	4
20	Penetapan Biaya	5

<b>NO</b>	<b>Unit kerja responden</b>	<b>Jumlah responden</b>
21	Pengadaan	3
22	Radiologi	4
23	Rawat Jalan	7
24	Rekam Medik	8
25	Relasi dan Infokom	6
26	Sanitasi	2
27	Transportasi	3
	Total	169

## **2. Hasil Penelitian**

Hasil penelitian didapat dari wawancara, observasi, penyebaran angket maupun hasil dari dokumentasi yang kemudian diolah dan dianalisis sedemikian rupa sehingga menghasilkan uraian analisis guna menjawab pertanyaan penelitian di dalam rumusan masalah. Hasil penelitian disajikan berdasarkan masing-masing indikator dalam Akreditasi Rumah Sakit. Ada 9 indikator yang dipilih untuk diteliti yang hasilnya diuraikan di bawah ini.

### **a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien**

Indikator mengenai angka obat yang mencapai kadaluarsa berfungsi untuk menilai variabel pengadaan

rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien. Namun saat akan dilakukan penilaian tingkat pencapaian, indikator ini dinyatakan tidak relevan/ tidak dapat diukur di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Oleh karena itu peneliti melakukan wawancara mendalam dengan supervisor bagian farmasi. Ketika ditanyakan mengapa indikator ini tidak dapat diukur, supervisor farmasi menyatakan bahwa selama ini di unit farmasi sudah melakukan suatu mekanisme untuk mencegah RS mengalami kerugian. Sekitar  $\pm$  3 bulan sebelum obat-obatan di RS PKU Muhammadiyah Gamping mencapai waktu kadaluarsa, obat-obatan tersebut sudah ditarik dari pemasaran dan disosialisasikan kepada para dokter dan teman sejawat. Berikut petikan wawancara tentang penyebab indikator angka obat yang mencapai kadaluarsa tidak bisa diterapkan:

“Ketika sudah zaman efaktur, kalau misalnya ada obat yang sudah mencapai kadaluarsa maka

proses returnnya akan sulit. Selain itu, dari sisi ekonomis, merugikan pihak RS sehingga  $\pm 3$  bulan sebelum expirednya sudah ditarik dari pemasaran dan disosialisasikan ke sejawat (red. Dokter) terutama obat.” (hasil wawancara dengan JS).

Dapat dikatakan bahwa angka obat yang mencapai kadaluwarsa tidak lagi dapat digunakan sebagai indikator untuk menilai pengadaan peralatan dan obat di rumah sakit. Penerapan e-faktur menjadikan angka obat kadaluwarsa tidak ada lagi atau nol karena sebelum batas kadaluwarsa berakhir, pihak distributor telah menarik obat bersangkutan dari rumah sakit. Dengan demikian, indikator ketersediaan peralatan dan obat tidak dapat dinilai dari angka obat yang mencapai kadaluwarsa.

Fakta indikator yang tidak valid tersebut menjadi dasar bagi pihak responden memberikan gambaran usulan bahwa persentase kesesuaian

penulisan resep terhadap formularium. Berikut petikan wawancara mengenai usulan indikator:

“Formularium merupakan acuan utama obat dan alkes yang ada di RS. Jadi kalau misalnya sudah dibuatkan formularium akan tetapi banyak dokter yang tidak patuh terhadap formularium, dari farmasi akan kesulitan. Misal brand A ditulis brand B, suatu saat pasti brand A akan expired karena tidak pernah keluar dari stok” (hasil wawancara dengan JS).

Manfaat akan diperoleh dari penggunaan indikator persentase kesesuaian penulisan resep terhadap formularium di antaranya:

- 1) Dari segi pengadaan akan lebih terencana. Ketika ada MoU dari pemasok, farmasi mendapatkan harga yang kompetitif.
- 2) Kemudian ketersediaan barang walaupun nanti sempat *stock out*, tapi RS PKU adalah prioritas utama sehingga nanti dari pemasok bisa

dipinjamkan dari cabang lain yang mungkin masih ada stoknya.

- 3) Ketiga, untuk pemantauan akan lebih mudah karena selama masih patuh terhadap formularium maka bisa diperhitungkan seberapa banyak kebutuhan dan berapa sisa stok.
- 4) Pelayanan kepada pasien menjadi lebih cepat. Jika obatnya tidak sesuai formularium, maka dari farmasi harus konsul terlebih dahulu dengan sejawat dokter untuk mengganti obatnya. Kadang konsul via telepon tidak diangkat oleh dokternya menjadi salah satu kendala pasien menunggu lama.

Ketersediaan peralatan rutin juga tidak mengalami istilah kadaluwarsa karena sudah ada cara agar peralatan yang sudah mendekati kadaluwarsa dapat diperpanjang masa berlakunya sebagaimana diungkapkan dalam kutipan berikut.

Sedangkan untuk alat kesehatan, beberapa alkes yg expired cth volley kateter, ET (endotrakheal tube)

sekarang sudah ada sterilisasi alat dengan gas EO (ethylen oxide). Sudah dikonfirmasi ke CSSD bisa di sterilkan ulang menggunakan gas EO sehingga tadinya expired menjadi tidak expired. Batasannya  $\pm$  3-5 tahun, selama masih asli dalam kemasan masih bisa di sterilisasi ulang (hasil wawancara dengan supervisor farmasi, JS).

**b. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan**

Indikator pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan dilakukan dengan menilai angka pencatatan dan pelaporan kegiatan rumah sakit. Indikator ini untuk menilai kegiatan pencatatan dan pelaporan yang wajib dilaporkan oleh rumah sakit ke dinas kesehatan sesuai dengan permenkes 1171 tahun 2011 tentang SIRS, yaitu mengenai Data dasar rumah sakit (Data dasar rumah sakit (RL1) meliputi: 1) Data keadaan tenaga rumah sakit (RL2), 2) Data kegiatan pelayanan rumah sakit

(RL3), Data Morbiditas/Mortalitas Pasien yang dilaporkan periodik setiap tahun (RL4), dan 5) Data Bulanan yang dilaporkan secara periodik setiap bulan, berisikan data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar penyakit.

Data dasar rumah sakit dilihat dari indikator *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Average length of stay (AvLOS)*, *Bed Turn Over (BTO)*, *Turn Over Interval (TOI)*, *Gross Death Rate (GDR)*, dan Rata-rata kunjungan perhari. Masing-masing diuraikan di bawah ini.

1) *Bed Occupancy Rate (BOR)* adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Angka ini didefinisikan sebagai ratio hari layanan rawat inap terhadap jumlah tempat tidur pada hari tersebut dan umumnya dinyatakan dalam presentase (%). Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di Rumah Sakit. Nilai parameter BOR yang ideal

adalah antara 60 – 85 % (Depkes RI, 2005:15). Angka *BOR* di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah 57% sehingga masuk kategori kurang ideal karena pelayanan yang ada belum dimanfaatkan maksimal.

- 2) *Average length of stay (ALOS)* yaitu rata – rata lama dirawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut. Rata – rata lama tinggal mencerminkan rata – rata lama dirawat seorang pasien yang sudah pulang selama periode yang dihitung. Secara umum nilai *ALOS* yang ideal antara 6 – 9 hari (Depkes RI, 2005:15). Angka *ALOS* di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah 3,4 sehingga masuk kategori kurang ideal karena pelayanan yang ada belum dimanfaatkan maksimal.

- 3) *Bed Turn Over* yaitu jumlah pengguna rata – rata satu tempat tidur dalam satu periode. Angka ini menunjukkan efek bersih perubahan angka penggunaan tempat tidur dan lama dirawat, biasanya tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (dalam periode 1 (satu) tahun). Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur. Ideal dalam satu tahun, satu tempat tidur rata – rata dipakai 40 – 50 kali (Depkes RI, 2005:15). Angka *BTO* di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah 62 sehingga masuk kategori tinggi. Oleh karena itu, RS perlu melakukan pengembangan dengan penambahan tempat tidur.
- 4) *Turn Over Interval (TOI)* adalah rata – rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati (interval waktu luang pemakaian tempat tidur antar dua pasien yang berbeda). Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Ideal tempat tidur kosong / tidak terisi ada pada kisaran 1

– 3 hari (Depkes RI, 2005:15). Angka *TOI* di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah 2,54 sehingga masuk kategori ideal.

- 5) *Net Death Rate (NDR)* adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap – tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di Rumah Sakit. Nilai *NDR* yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25/1000 (Fatmanelly. 2010). Angka *NDR* di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah 15 sehingga masih dapat ditolelir. Artinya, pelayanan rumah sakit ini sudah termasuk baik.
- 6) *Gross Death Rate (GDR)* adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Nilai *GDR* sebaiknya tidak lebih 45/1000 penderita keluar (Depkes RI, 2001). Angka *GDR* di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah 19 jauh di bawah angka 45. Artinya, pelayanan rumah sakit ini sudah termasuk baik.

7) Rata-rata kunjungan perhari menjadi indikator yang dipakai untuk menilai tingkat pemanfaatan poliklinik rumah sakit. Angka rata-rata ini apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk di wilayahnya akan memberikan gambaran cakupan pelayanan dari suatu rumah sakit. Rata-rata kunjungan di poliklinik RS PKU Muhammadiyah adalah sebesar 25,9 pasien.

Data keadaan tenaga kerja rumah sakit (RL2) RS PKU Muhammadiyah Gamping belum memiliki data akurat karena data karyawan masih bergabung jadi satu dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Data kegiatan pelayanan rumah sakit (RL3) diambil dari masing-masing unit pelayanan. Unit pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Gamping dan kegiatan layanan yang telah dilakukan disajikan dalam tabel berikut.

**Tabel 6. Data Kegiatan Rumah Sakit**

<b>Unit Pelayanan</b>	<b>Keterangan</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Obat Pelayanan resep	Obat generic	24.096	46.938
	Obat non generik	54.260	92.249
	Obat non generik non formularium	24.370	25.175
Gawat Darurat	Pasien	20.118	7.284
Obat pengadaan	Obat generic	454	438
	Obat non generik formularium	2888	2770
	Obat non generik non formularium	232	235
Pembedahan	Bedah	2.564	3.005
	Bedah Mata	55	284
Rujukan	Rujukan	4.074	21.152
Cara Pembayaran	Bayar sendiri	80.750	86.033
	Asuransi	85.303	115.331
	Asuransi swasta	173	452
	Gratis/kartu sehat	105	86
Rawat inap	Pasien	9.133	11.442
Gigi dan mulut	Pencabutan gigi	67	92
	Pembersiahan karang gigi	69	79

RS PKU Muhammadiyah Gamping belum mencatatkan data pelayanan klinik kesehatan jiwa, klinik KB, unit pelayanan khusus, unit Radiologi, kebidanan, perinatologi, rehabilitasi medis, dan laboratorium. Data layanan rawat jalan tahun 2015 sebanyak 85.212 pasien sedangkan pada tahun 2016 sebanyak 111.175 pasien

Data kunjungan rumah sakit perbulan dan 10 penyakit yang dilayani (RL5) diambil dari dokumen kunjungan mulai bulan Juli hingga Desember 2015 dan Januari – Februari 2016.

**Tabel 7. Jumlah Pengunjung Rumah Sakit 2015  
- 2016**

<b>Bulan</b>	<b>Jumlah pengunjung</b>	<b>Lama</b>	<b>Baru</b>
Juli 2015	9632	8.049	1583
Agustus 2015	9968	8475	1493
September 2015	9839	8508	1331
Oktober 2015	10729	9052	1677
November 2015	10602	8957	1645

Desember 2015	11229	9623	1606
Januari 2016	11656	10067	1589
Februari 2016	11955	9996	1959

Jumlah pengunjung mengalami peningkatan dari bulan ke bulan menunjukkan adanya jangkauan pelayanan yang semakin luas. Artinya, pelayanan rumah sakit semakin banyak dirasakan oleh masyarakat.

Dilihat dari jenis penyakitnya, terdapat 10 besar penyakit yang mendapat pelayanan sebagaimana ditampilkan pada Tabel 8 di bawah ini.

**Tabel 8. Pelayanan Kesehatan menurut 10 Besar Penyakit**

10 Jenis Penyakit	2015						2016	
	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb
1. Essential (primary) hypertension	215	239	246	303	163	277	311	159
2. Dyspepsia	133	156	151	152	292	158	155	300
3. Acute bronchitis, unspecified	120	162	89	204	88	194	206	226
4. Unspecified diabetes mellitus: Without complications	56	69	170	82	150	105	110	90
5. Necrosis of pulp	84	62	75	96	89	81	89	81
6. Acute nasopharyngitis [common cold]	46	89	69	107	115	95	69	81
7. Asthma, unspecified	43	60	90	67	58	106	113	102
8. Congestive heart failure	43	50	75	67	66	76	88	82
9. Low back pain	74	62	49	56	62	88	72	119
10. Sequelae of stroke, not specified as haemorrhage or infarction	58	59	55	66	79	70	70	102

### c. Manajemen risiko

Indikator manajemen risiko dinilai dengan cara melihat angka kegiatan analisis laporan insiden keselamatan pasien. Laporan insiden keselamatan pasien tahun 2015 disajikan pada Tabel 9.

Tabel 9. Insiden Keselamatan Pasien Menurut Jenisnya

No.	Insiden Keselamatan Pasien	Frekuensi
1	KTD (Kejadian Tidak Diharapkan)	15
2	KNC (Kejadian Nyaris Cedera)	10
3	KPC (Kejadian Potensi Cedera)	2

Insiden keselamatan pasien menurut KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) ada 15 kejadian, KNC (Kejadian Nyaris Cedera) ada 10 kejadian, dan KPC (Kejadian Potensi Cedera) ada 2 kejadian. Dilihat dari laporan masing-masing unit kerja, insiden keselamatan pasien terbanyak pada anak-anak yaitu 12 kejadian. Laporan dari bangsal, terbanyak dilaporkan oleh bangsal satu 6 kejadian, bangsal dua 4 kejadian, bangsal empat 2 kejadian, dan bangsal lima 1 kejadian.

Berdasarkan kejadian tersebut di atas, RCA telah dilakukan sebanyak 1 kasus dan FMEA untuk kasus transfuse darah. Sedangkan indikator area manajemen mengenai angka kegiatan analisis laporan insiden keselamatan pasien menargetkan seluruh laporan insiden keselamatan pasien dilakukan analisis dalam bulan yang sama dan dilaporkan setiap tiga bulan sekali. Berdasarkan hal tersebut, bisa ditarik kesimpulan bahwa indikator angka kegiatan analisis laporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping belum berjalan maksimal.

**d. Angka penggunaan USG 4 dimensi.**

Indikator mengenai angka penggunaan USG 4 dimensi tidak dapat diterapkan. Untuk menggali kendala penyebab, peneliti melakukan wawancara mendalam dengan staf unit radiologi. Berikut petikan wawancara tentang penyebab indikator angka penggunaan USG 4 dimensi tidak bisa diterapkan:

*“USG 4 Dimensi merupakan bagian dari diagnostik imaging dengan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi untuk mendapatkan gambaran bagian dari tubuh manusia.*

*Khusus untuk 4 Dimensi jadi gambar yang ditampilkan itu bisa dilihat dari berbagai sisi dan bisa memperlihatkan sesuatu bagian tubuh itu secara bergerak. USG 4 dimensi hanyalah salah satu fungsi alat USG yang ada di RS PKU Muhammadiyah Gamping. USG pada dasarnya ada 3 jenis yaitu 2D, 3D, 4D. Perbedaannya hanya pada hasil gambar yang ditampilkan.*

*Menurut saya, indikator penggunaan USG 4D boleh dipakai tapi sebetulnya untuk USG 4D hanya salah satu bagian dari fungsi USG. Seberapa penting indikator pemakaian 4Dnya, menurut saya kurang menunjukkan. Selain itu, pemeriksaan USG 4D*

*masing sangat jarang dan tiap bulan belum tentu ada.*

*Seharusnya malah seberapa banyak pemakaian pesawat USG AB 400, jadi tidak hanya untuk USG 4D saja. Bisa macam-macam sebetulnya. Bisa organ digestivus, bisa urologi, jadi dari kompetensi yang macam-macam. Kalau 4D biasanya yg dipakai kompetensinya dari obsgyn. “*

Usulan indikator dari staf radiologi Ada 3 indikator, yaitu:

1. Reject reading/ angka pengulangan foto rontgen
2. Seberapa angka expertise dokter yang tidak terbaca.  
Seharusnya 100% semua foto dibaca.
3. Kesalahan penandaan marker, penandaan objek rontgen.
4. Kepuasan pelanggan eksternal maupun internal.

**e. Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga**

Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga dinilai dengan melihat pada angka kepuasan pasien. Kepuasan

pasien didapatkan dengan menanyakan 10 aspek kepada pasien. Kesepuluh aspek tersebut yaitu:

- 1) Penampilan dan Keramahan staf kami
- 2) Kecepatan dan ketepatan dokter dalam melakukan tindakan
- 3) Kecepatan dan ketepatan perawat dalam memantau dan membantu pasien
- 4) Kecepatan dan ketepatan waktu pelayanan
- 5) Kejelasan informasi rumah sakit
- 6) Kenyamanan dan kebersihan ruangan
- 7) Fasilitas ruang tunggu (TV, Majalah, dll)
- 8) Tarif rumah sakit.

Daftar pertanyaan di dalam angket ditujukan kepada 184 orang pasien yang ada di semua bangsal yang menjadi sampel penelitian.

Tabel 10. Angka Kepuasan Pasien

N o	Hal	Sangat Puas	Puas	Tidak Puas	Jml Responde n
1	Penampilan dan	59 (32%)	122 (66,3%) )	5 (2,7%) )	184

	Keramahan staf kami				
2	Kecepatan dan ketepatan dokter dalam melakukan tindakan	52 (28,3%)	121 (65,8%)	13 (7,4%)	184
3	Kecepatan dan ketepatan perawat dalam memantau dan membantu pasien	60 (32,6%)	122 (66,3%)	4 (2,1%)	184
4	Kecepatan dan ketepatan waktu pelayanan	41 (22,3%)	134 (72,8%)	11 (5,9%)	184
5	Kejelasan informasi rumah sakit	38 (20,6%)	133 (72,3%)	15 (8,1%)	184
6	Kenyamanan dan kebersihan ruangan	63 (34,2%)	116 (63,0%)	7 (3,8%)	184
7	Fasilitas ruang tunggu (TV, Majalah, dll)	41 (22,3%)	132 (71,7%)	12 (6,5%)	184
8	Tarif rumah sakit	21 (11,4%)	143 (77,7%)	18 (9,8%)	184

Angka kepuasan pasien memperlihatkan kategori puas dengan persentase antara 63,0% hingga 77,7% diikuti dengan kategori sangat puas pada persentase 11,4% - 34,2%.

**f. Harapan dan kepuasan staf**

Harapan dan kepuasan staf dinilai dengan melihat angka kepuasan karyawan terhadap manajemen rumah sakit. Sebanyak 169 staf dari berbagai unit kerja di RSU PKU Muhammadiyah diberi kuesioner berisi daftar pernyataan positif tentang kepuasan kerja sebanyak 14 butir. Persentase karyawan yang merasa puas disajikan dalam Tabel 11 berikut.

Tabel 11. Kepuasan pegawai RS PKU Muhammadiyah

NO	PERNYATAAN	Persentase kepuasan	Kategori
1	Kondisi lingkungan kerja nyaman dan menyenangkan	119 (70,4%)	Cukup
2	Atasan memberikan bimbingan kepada staf	134 (79,3%)	Tinggi

<b>NO</b>	<b>PERNYATAAN</b>	<b>Persentase kepuasan</b>	<b>Kategori</b>
3	Lingkungan kerja bersih , tenang dan rapi	126 (74,5%)	Cukup
4	Peluang mengembangkan kompetensi adil dan terbuka	142 (84%)	Tinggi
5	Konflik dapat diselesaikan dengan baik	148 (87,6%)	Tinggi
6	Pengembangan karir jelas dan transparan	135 (79,9%)	Tinggi
7	Penghasilan memadai	128 (76,5%)	Tinggi
8	Kebijakan pimpinan adil dan mendukung kemajuan	140 (82,8%)	Tinggi
9	Jaminan kesehatan untuk pegawai dan keluarga	148 (87,6%)	Tinggi
10	Jabatan sesuai dengan kemampuan	146 (86,4%)	Tinggi
11	Atasan bersedia menerima masukan saran	145 (85,6%)	Tinggi
12	RS mengikutsertakan pegawai pada program Jamsostek/BPJS Ketenagakerjaan.	141 (83,4%)	Tinggi
13	Atasan bisa menjadi role model/tauladan	129 (76,3%)	Tinggi
14	kesempatan sama untuk mendapatkan promosi	143 (84,6%)	Tinggi

Keterangan penilaian:

Tinggi 75 – 100 %

cukup 50 – 74,9%

rendah  $\leq$  40,9%

#### **g. Demografi Pasien dan Diagnosis Klinik**

Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk monitor struktur, proses dan hasil (outcome) dari rencana peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien sebagaimana dinyatakan dalam PMKP.3 telah menetapkan jumlah kunjungan pasien jantung dan pembuluh darah sebagai elemen yang perlu penilaian.

Data menunjukkan kunjungan pasien jantung dan pembuluh darah bulan Oktober –Desember 2015. Kunjungan bulan Oktober 2015 mencapai 134 pasien, bulan November 2015 mencapai 133 pasien, bulan Desember mencapai 132 pasien. Kunjungan ini secara rinci disajikan pada Tabel 12.

Tabel 12.  
Kunjungan Pasien Jantung dan Pembuluh Darah  
Bulan Oktober –Desember 2015

<b>Bulan</b>	<b>Rawat Inap</b>	<b>Rawat Jalan</b>	<b>Jumlah</b>
Oktober 2015	18	116	134
November 2015	15	128	133
Desember 2015	13	119	132

#### **h. Manajemen keuangan**

Indikator manajemen keuangan yang dipilih oleh RS PKU Muhammadiyah Gamping yaitu jumlah piutang pihak 3 yang tidak tertagih. Dokumentasi menunjukkan angka piutang ada di BPJS, Jamkesmas DIY, JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) serta piutang pasien umum. Piutang pasien umum merupakan piutang pribadi pasien maupun piutang instansi swasta. Piutang ini belum direkap sebagaimana dijelaskan oleh subjek penelitian berikut.

*Masih belum direkap saat itu ada piutang pasien umum, piutang pasien relasi swasta. Piutang pasien umum itu piutang pribadi, yaitu pasien yang mau pulang tapi belum ada uang sehingga sesuai aturan maka pasien meninggalkan 50% dari total biaya dengan jaminan bisa berupa KTP, BPKB hingga sertifikat tanah sesuai dengan jumlahnya. Semakin besar, agunan semakin yang berarti. Kalau hanya KTP untuk yang ringan, seperti dibawah 5jt (Hasil wawancara dengan MD)*

Piutang di Jamkesmas DIY mencapai Rp 29.775.000, sedangkan piutang JPKM mencapai Rp 1.516.970.982. Angka piutang dari BPJS mencapai Rp 3.366.692.000 per 30 April 2016 sebagaimana tampak pada Tabel 13.

Tabel 13. Piutang RS PKU Muhammadiyah Gamping  
Per 30 April 2016

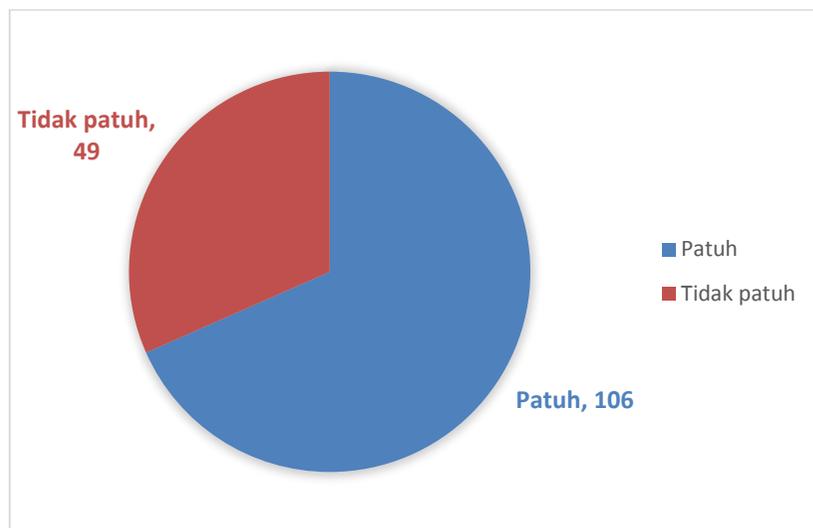
<b>BULAN PELAYANAN</b>	<b>Nilai Order</b>	<b>Pelunasan</b>	<b>Sisa Order</b>
MARET (HD Pending)	176.873.400	-	176.873.400
APRIL (HD Pending)	170.620.300	-	170.620.300
APRIL	3.019.198.300	-	3.019.198.300
<b>TOTAL</b>	<b>3.366.692.000</b>	<b>-</b>	<b>3.366.692.000</b>

**i. Pencegahan dan pengendalian dari Kejadian yang Dapat Menimbulkan Masalah bagi Keselamatan Pasien, Keluarga Pasien dan Staf**

Indikator yang dipilih untuk dinilai yaitu angka kepatuhan petugas rumah sakit dalam pemakaian APD rasional. Alat Pelindung Diri (APD) adalah alat yang digunakan untuk melindungi diri dari sumber bahan tertentu baik yang berasal dari pekerjaan maupun dari lingkungan kerja dan berguna dalam usaha untuk mencegah dan mengurangi kemungkinan cedera atau cacat, dan terdiri dari berbagai jenis APD di rumah sakit

yaitu sarung tangan, masker, penutup kepala, gaun pelindung, dan sepatu pelindung.

Alat pelindung diri hanya berfungsi ketika petugas mematuhi aturan pemakaian APD selama menjalankan tugas. Kepatuhan petugas dalam memakai APD menjadi indikator untuk memonitor kemajuan RS PKU Muhammadiyah Gamping. Data kepatuhan petugas dalam memakai APD didapat dengan membagikan angket kepada 155 responden. Responden diminta mengisi ceklis pemakaian APD dengan cara mengisi kolom APD yang digunakan dengan tanda Y (ya) maupun T (tidak memakai). APD yang ditanyakan yaitu sarung tangan, masker, pelindung mata, topi, gaun/apron dan pelindung kaki. Hasil penelitian menunjukkan angka kepatuhan sebagaimana pada gambar 4.



Gambar 3. Angka Kepatuhan Petugas RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam Pemakaian APD Rasional

Angka kepatuhan menunjukkan jumlah petugas yang patuh memakai APD sebanyak 106 atau 68,4% dari 155 petugas yang jadi responden. Petugas yang tidak patuh mencapai 49 atau 31,6%.

Secara keseluruhan, pihak manajemen RS PKU Muhammadiyah Gamping belum menetapkan indikator untuk dinilai dalam akreditasi rumah sakit. Sembilan

indikator yang diteliti ini masih merupakan pilihan dari masing-masing unit dan belum merupakan keputusan direktur rumah sakit sebagaimana dikemukakan dalam kutipan wawancara dengan subjek penelitian berikut.

Belum dilibatkan karena menunggu disetujui direktur. Selama ini kita mengambil beberapa contoh dari RS, kemudian dipilih sendiri oleh tiap unit. Misal : unit lab memilih angka kejadian ambil darah ulang, dll. Radiologi tentang foto ulang, salah identitas. Idealnya, indikator mutu mulai dari unit yang mengusulkan melalui proses yang panjang. Unit belum mengusulkan tapi punya angka. Contoh : farmasi (stok obat, obat yang rusak dalam persen) punya ukuran mutu tapi belum dijadikan ukuran mutu. Belum disahkan oleh direktur , tapi sudah disusun (hasil wawancara dengan EL)

## **B. Pembahasan**

Tujuan akreditasi rumah sakit adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dalam kelompok manajemen khususnya pada Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP.3) disebutkan bahwa pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk monitor struktur, proses dan hasil (*outcome*) dari rencana peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap dari struktur, proses dan hasil setiap upaya klinik (PMKP 3.1), Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap dari struktur, proses dan *outcome* manajemen (PMKP 3.2), dan Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap dari sasaran keselamatan pasien internasional (PMKP 3.3). Artinya, rumah sakit harus memilih proses dan hasil (*outcome*) praktek klinik dan manajemen yang harus

dinilai (*diukur*) dengan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan.

Penetapan indikator yang dinilai untuk akreditasi sejalan dengan visi RS PKU Muhammadiyah yaitu peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan dengan mengutamakan keselamatan pasien. RS ini telah menetapkan 9 indikator untuk dinilai yaitu: 1) angka peralatan dan obat yang mencapai kadaluarsa, 2) pelaporan yang diwajibkan, 3) laporan insiden keselamatan pasien, 4) angka penggunaan USG 4, 5) angka kepuasan pasien, 6) angka kepuasan karyawan, 7) angka kepatuhan petugas rumah sakit dalam pemakaian APD rasional, 8) jumlah kunjungan pasien jantung dan pembuluh darah, 9) jumlah piutang pihak 3 yang tidak tertagih. Kesembilan indikator yang dipilih tersebut tidak semuanya relevan untuk dinilai dalam akreditasi sebagaimana dijelaskan di bawah ini.

1. Angka peralatan dan obat yang mencapai kadaluarsa

Batas kadaluarsa obat mencapai kurang dari 1% sudah tidak relevan lagi dijadikan indikator kemajuan

rumah sakit karena tidak ada obat kadaluwarsa. Hal ini terjadi karena rumah sakit maupun bagian farmasi telah menerapkan e-faktur sehingga jenis dan jumlah obat tersedia dengan batas kadaluwarsa dengan cepat diketahui sehingga pihak distributor obat sudah menarik obat bersangkutan 3 bulan sebelum batas kadaluwarsa habis. Demikian pula batas kadaluwarsa untuk peralatan habis pakai. Alat yang belum pernah digunakan dapat dibarukan kembali dengan memberikan perlakuan tertentu sehingga angka kadaluwarsa alat tidak lagi relevan untuk mengukur mutu rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan dan keselamatan pasien.

## 2. Pelaporan yang diwajibkan

Pelaporan yang diwajibkan meliputi keadaan tenaga rumah sakit, data morbiditas dan mortalitas, serta data kegiatan pelayanan rumah sakit. Pelaporan tentang data morbiditas dan mortalitas serta data kegiatan rumah sakit dibuat satu bulan sekali. Data yang ditampilkan memuat

data kunjungan pasien perbulan, sera 10 jenis penyakit yang telah dilayani. Pelaporan tentang keadaan tenaga kesehatan dilakukan persemester. Data dilaporkan kepada pihak manajemen untuk dievaluasi. Hal ini sejalan dengan materi penilaian menurut KARS (2012) bahwa hasil penilaian disampaikan kepada pihak terkait dalam mekanisme pengawasan dan secara berkala kepada pimpinan dan pemilik rumah sakit sesuai struktur rumah sakit yang berlaku.

### 3. Laporan insiden keselamatan pasien

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) atau Patient Safety Incident adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm yaitu seperti penyakit, cedera, cacat, atau bahkan kematian yang tidak seharusnya terjadi. Jenis – jenis insiden dalam keselamatan pasien adalah 1) Kondisi Potensial Cidera - KPC (A reportable circumstance) adalah situasi yang sangat berpotensi menimbulkan cidera tetapi belum terjadi cidera

dan kondisi atau situasi ini termasuk yang perlu untuk dilaporkan. 2) Kejadian Nyaris Cidera – KNC (A near Miss) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar atau terkena pasien, 3) Kejadian Tidak Cidera – KTC (A No Harm Incident) adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cidera, 4) Kejadian Tidak Diharapkan – KTD (A Harmful incident/adverse event) adalah insiden yang mengakibatkan cidera pada pasien.

Menurut studi yang dilakukan Darliana (2016), kesalahan yang mengakibatkan cedera pada pasien dapat berupa ketidaktepatan identifikasi pasien yang berakibat kesalahan atau keterlambatan diagnosis, kegagalan dalam bertindak, kesalahan pengobatan, dan kesalahan dosis atau metode dalam pemberian obat. Sasaran keselamatan pasien lainnya yang perlu diperhatikan untuk menghindari cedera pada pasien berupa peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pengurangan resiko infeksi terkait

pelayanan kesehatan, dan pengurangan resiko jatuh (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000: 36).

Pelaporan insiden keselamatan pasien belum didukung dengan basis data yang kuat. Bukti tertulis adanya insiden keselamatan pasien tidak didokumentasikan dengan baik. Pencatatan tidak menerapkan metoda dan tehnik-tehnik statistik yang digunakan dalam melakukan analisis dari proses. Angka insiden keselamatan pasien sangat penting untuk dinilai guna mengukur peningkatan mutu manajemen rumah sakit. Cahyono (2008) menjelaskan perlunya sistem pelaporan yang ideal yang tidak menghukum, menjaga kerahasiaan, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem, hasil laporan dapat dimanfaatkan untuk pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, memonitoring, evaluasi kegagalan atau keberhasilan suatu program.

#### 4. Angka penggunaan USG 4

Penggunaan USG 4 sangat jarang dilakukan sehingga pemakaian USG 4 sangat rendah. Dalam satu bulan, belum tentu ada pemeriksaan ini. Penggunaan USG 4 tidak dapat dijadikan indikator untuk menilai manajemen penggunaan sumber daya. Untuk menilai tingkat utilitas alat USG di unit radiologi, sebaiknya indikator ini diganti dengan indikator angka penggunaan pesawat USG AB 400.

#### 5. Angka kepuasan pasien

Angka kepuasan pasien menunjukkan kepuasan yang dalam kategori tinggi. Data kepuasan pasien dikumpulkan secara insidental. Pihak manajemen RS PKU Muhammadiyah Gamping belum melakukan penilaian secara berkala. Belum adanya penilaian secara berkala dapat menyulitkan pihak manajemen rumah sakit ini dalam menilai kepuasan pasien. Padahal, kepuasan pasien merupakan indikator mutu pelayanan. Mukti (2007) menyatakan bahwa pelayanan dikatakan bermutu apabila realitas pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan

kriteria, standar profesional medis terkini, baik yang telah memenuhi atau melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan.

#### 6. Angka kepuasan karyawan

Angka kepuasan karyawan menunjukkan kepuasan yang dalam kategori tinggi. Data kepuasan staf dikumpulkan secara insidental. Pihak manajemen RS PKU Muhammadiyah Gamping belum melakukan penilaian secara berkala. Angka kepuasan karyawan layak dijadikan indikator kualitas rumah sakit karena kepuasan karyawan berhubungan dengan peningkatan kinerja karyawan rumah sakit. Hal ini dikuatkan oleh hasil penelitian Hartati dkk (2011) yang menyebutkan ada hubungan yang positif dan signifikan antara kepuasan kerja dengan prestasi kerja perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Klaten.

Kepuasan staf di RS PKU Muhammadiyah Gamping masuk kategori tinggi terhadap atasan, peluang mengembangkan kompetensi, pengembangan karir, penghasilan, kebijakan pimpinan, jaminan kesehatan,

program jamsostek, kesempatan sama untuk mendapatkan promosi, konflik dapat diselesaikan dengan baik, jabatan sesuai dengan kemampuan, dan atasan bersedia menerima masukan. Kepuasan staf terhadap lingkungan kerja masuk kategori cukup.

7. Jumlah piutang pihak ketiga yang tidak tertagih

Data piutang dikumpulkan dan dilaporkan setiap bulan. Semakin besar piutang pihak ketiga, maka beban rumah sakit semakin berat. Piutang pihak ketiga harus diproses dengan cepat guna menopang proses meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Piutang RS PKU Muhammadiyah Gamping di jamsostek termasuk besar mencapai Rp 3 milyar lebih per 30 April 2016. Piutang dapat dijadikan sebagai indikator mutu manajemen rumah sakit karena realitas keuangan memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan para manajer pada semua tingkatan. Menurut Lestari dkk.

(2009) menegaskan bahwa kualitas pelayanan berbanding lurus dengan kinerja keuangan rumah sakit.

Saat ini indikator jumlah piutang pihak ketiga yang tidak tertagih masih belum bisa dijalankan sepenuhnya RS PKU Muhammadiyah Gamping. Unit keuangan PKU Muhammadiyah Gamping masih bekerja sama dengan unit keuangan PKU Muhammadiyah Yogyakarta, sehingga beberapa data keuangan masih menjadi satu dengan PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

#### 8. Jumlah kunjungan pasien jantung dan pembuluh darah

Jumlah pasien jantung dan pembuluh darah dilakukan secara rutin setiap bulannya. Data ini tidak menggambarkan dengan lebih detail terkait dengan keberhasilan pelayanan bagi pasien jantung dan pembuluh darah. Jumlah pengunjung pasien jantung tidak dapat dijadikan indikator untuk mengukur kualitas manajemen rumah sakit.

9. Angka kepatuhan petugas rumah sakit dalam pemakaian APD rasional

Pemakaian APD dimaksudkan untuk menghindari cendera atau akibat dari melakukan suatu pekerjaan. Ketidakepatuhan dalam memakai APD cukup besar yaitu mencapai 30% lebih. Terdapat beberapa alasan petugas tidak menggunakan APD ketika bekerja dikarenakan tidak tersedianya APD saat mereka bekerja. Seperti penggunaan APD berupa masker yang hanya dipakai ketika perawat sedang sakit agar tidak menularkan kepada pasien, alasan lain perawat yang tidak memakai masker karena merasa tidak nyaman saat berbicara dengan pasien apabila memakai masker saat bertugas. Penggunaan apron untuk mencegah percikan darah dari pasien tidak digunakan karena tidak tersedianya apron dari pihak rumah sakit, namun perawat tahu pentingnya penggunaan apron sendiri untuk bertugas. Ketidaktersediaan APD berupa topi, *googles*, gaun/apron merupakan alasan para perawat unit

hemodialisis tidak menggunakan salah satu APD tersebut. Menurut Geller (2001) kepatuhan pelaksanaan standar operasional prosedur penggunaan APD masih rendah disebabkan karena budaya keselamatan yang belum cipta dalam lingkungan kerja. Budaya keselamatan dipengaruhi oleh faktor perilaku, faktor lingkungan dan faktor orang.

Tujuan penilaian terhadap sejumlah indikator yang telah ditetapkan adalah menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan. Standar akreditasi sifatnya berupa suatu persyaratan yang optimal dan dapat dicapai. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas asuhan pasien, memastikan bahwa lingkungan pelayanannya aman dan rumah sakit senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf rumah sakit. Dengan demikian akreditasi diperlukan sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu rumah sakit, yang sekaligus berperan sebagai sarana manajemen.